



**ESTADO DE NEW HAMPSHIRE
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
PROGRAMA NH RYAN WHITE CARE**

603-271-4502 800-852-3345 x4502

Acceso TDD: 800-735-2964

SOLICITUD DE NH CARE

Solicitud inicial

Renovación

Fecha de solicitud: _____

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	N.º del seguro social
Dirección física		País de nacimiento	
¿Podemos enviarle información por correo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si responde no, dirección postal alternativa:			
Teléfono particular ()	Teléfono celular ()	¿Podemos dejarle un mensaje detallado en su correo de voz?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Trabaja con un administrador de casos en una organización de servicios para el SIDA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre:		Organización:	
Médico para la atención del VIH:		Farmacia:	
Ciudad/estado:	Teléfono:	Ciudad:	Teléfono:

Identidad sexual: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transexual H a M <input type="checkbox"/> Transexual M a H <input type="checkbox"/> No contesta				
Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				

Etnia: <input type="checkbox"/> No hispanico	<input type="checkbox"/> Hispánico (especifique)
	<input type="checkbox"/> Mexicano
	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño
	<input type="checkbox"/> Cubano
	<input type="checkbox"/> Otro hispanico _____

Raza:	<input type="checkbox"/> Asiático (especifique):	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/de las Islas del Pacífico (especifique):
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii
<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Guamano
<input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Samoano
	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro _____
	<input type="checkbox"/> Coreano	
	<input type="checkbox"/> Vietnamita	
	<input type="checkbox"/> Otro asiático _____	

¿Cuál es su Idioma de preferencia?: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Otro: _____

Primeras tres (3) letras del nombre de su madre?: _____ (es necesario para crear su código de identificación)

SITUACIÓN DE VIVIENDA
 Estable/permanente Provisoria Inestable
INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

¿Cantidad de personas en su hogar?

Fuente(s) de ingresos	Semanal	Mensual	Anual
Jornales			
Otro (explique):			
Otro (explique):			
Totales:			

Comprobante de ingresos (más reciente)

<input type="checkbox"/> Recibo de sueldo	<input type="checkbox"/> Cheque del seguro social o de desempleo
<input type="checkbox"/> Impuestos federales sobre la renta	<input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancario
<input type="checkbox"/> Carta del empleador que indique el salario	<input type="checkbox"/> Otros:

Nota: si sus ingresos superan el 400 % del nivel federal de pobreza, los comprobantes de gastos médicos se pueden enviar a "deducción de gastos médicos" y podría reunir las condiciones para el programa; pida información.

MEDICAID (los solicitantes **deben** hacer la solicitud a Medicaid una vez al año)¿Ha solicitado Medicaid? Sí No

Fecha de la solicitud:

Aprobada: Sí No Pendiente

N.º de ID

MEDICARE PARTE A y BParte A: Sí No Desconocido

Fecha de inicio:

Parte B: Sí No Desconocido

Fecha de inicio:

MEDICARE PARTE DParte D Sí No Desconocido

Fecha de inicio:

Nombre del plan:

N.º de ID

SEGURO (puede reunir las condiciones para obtener ayuda con las primas de seguro)¿Está usted cubierto por el plan de salud médico?: Sí No ¿Este es un plan militar o VA?: Sí No

Nombre del plan:

N.º de ID

Al firmar a continuación, certifico que he leído, entendido, y cumplo con el aviso de no discriminación, certificación de usuarios, procedimiento de reclamo y revisión de expedientes.

Aviso de no discriminación

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del estado de New Hampshire, no discrimina a las personas por edad, sexo, raza, credo, color, estado civil, estado familiar, incapacidad física o mental, origen nacional, orientación sexual ni afiliación o ideología política. No habrá discriminación para aceptar ni prestar servicios, ni para ingresar o acceder a tratamientos o empleos en ninguno de los programas o actividades del Departamento. El interventor se encarga de coordinar los esfuerzos de cumplimiento de los derechos civiles del Departamento, las oficinas y divisiones que lo integran, para que cumplan las normas estatales y federales contra la discriminación. Para obtener más información, o saber cómo presentar una queja por discriminación, comuníquese con el interventor en 129 Pleasant Street, Concord, New Hampshire 03301, o puede llamar por teléfono al 603-271-4963 (voz) o al número de acceso TDD: 800-735-2964. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire está sujeto al Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 USC, Sección 2000d y siguientes); Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, según modificaciones (29 USC, Sección 794); Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (20 USC, Sección 1681), la Ley de Discriminación por Edad de 1975 (42 USC, Sección 6101 y siguientes); NH RSA 354-A, y ciertos estatutos federales de subsidios globales, entre los que se incluyen 42 USC, Secciones 300x-7, y 708, o cualquier otra disposición mediante la cual el Departamento reciba la participación financiera del gobierno federal en sus programas. Estas leyes prohíben la discriminación por razones de edad, sexo, raza, credo, color, estado civil, estado familiar, incapacidad física o mental, origen nacional, orientación sexual o afiliación o ideología política en actividades que reciben ayuda federal y financiadas por el estado. La normativa del Departamento de Salud y Servicios Humanos en virtud del Título VI, Sección 504, Título IX y la Ley de Discriminación por Edad de EE.UU. se encuentran en 45 CFR, Partes 80, 84, 86 y 91, respectivamente. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire además está sujeto a la Ley sobre Estadounidenses con discapacidades de 1990 (42 USC, Sección 12101, y siguientes) y su normativa de ejecución en 28 CFR, Parte 35.

Certificación del usuario

1. Por la presente declaro que mis estados financieros son correctos y verdaderos a mi leal saber y entender. Comprendo que cualquier declaración falsa deliberada puede tener como consecuencia una acción legal en mi contra sobre la base de las leyes estatales o federales. Además, entiendo que se me negará la participación si retengo información, proporciono información inexacta, o me niego a proporcionar toda la información necesaria. Acepto informar al Programa NH CARE en el plazo de 30 días de cualquier cambio en mi nombre, dirección, elegibilidad, situación financiera o del seguro o tamaño del núcleo familiar, y proporcionar comprobantes de ingresos y gastos médicos, situación de Medicaid o Medicare y/o póliza del seguro de salud. Acepto completamente cumplir con las condiciones mencionadas en este documento y acepto reintegrar al Programa NH CARE inmediatamente cualquier dinero que se me haya pagado accidental o erróneamente a mí o en mi nombre.
2. Con el fin de ser considerado para participar en el Programa NH CARE, por este medio autorizo a mi médico o su representante a divulgar la información solicitada por el Programa NH CARE en relación con el contenido de mi historia clínica. Entiendo que esta información se mantendrá bajo condiciones estrictas de confidencialidad. Toda la información brindada al Programa NH CARE es confidencial y no se divulgará a otras partes, salvo lo que permita la ley.
3. Por la presente autorizo al personal del Programa NH CARE a comunicarse y divulgar información, incluido mi diagnóstico, a los médicos y otros profesionales sanitarios competentes, inclusive mi farmacéutico, administrador de casos y otros proveedores de tratamiento, así como terceros administradores de seguros, para garantizar la mejor planificación y prestación de servicios posibles en mi nombre. Si estoy solicitando la continuación del seguro, autorizo al Programa NH CARE a hablar con mi empleador y/o proveedor de seguros o de COBRA respecto a mi estado y podrá dirigirse a cualquier tercero pagador/administrador para garantizar la cobertura y resolver problemas de facturación. Esta autorización es válida por un (1) año a partir de la firma a menos que yo la revoque por escrito.

Procedimiento de reclamo

1. Si no está satisfecho con un rechazo de inscripción, puede solicitar una reunión informal de revisión del caso en el plazo de 30 días de la fecha de carta de notificación del Programa NH CARE, poniéndose en contacto con el gerente del Programa NH CARE por el 800-852-3345 x3958.
2. El Programa NH CARE le notificará en el plazo de 14 días después de la reunión informal de revisión del caso si el Programa NH CARE cambiará la decisión de rechazo de la inscripción. Si continúa insatisfecho con la respuesta, tendrá la oportunidad de solicitar una audiencia con la Unidad de Recursos Administrativos del Departamento, que se llevará a cabo de conformidad con NH RSA 541-A.
3. Puede comunicarse con la Oficina del Defensor del Pueblo del DHHS de NH, en cualquier momento del proceso para la resolución imparcial de su queja al 800-852-3345 ext. 6941.

Revisión de expedientes

Comprendo que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de NH y/o la Ciudad de Boston/Fideicomisarios de Salud y Hospitales, que proporcionan la financiación de este programa, pueden acceder a mi expediente durante las visitas al sitio del proveedor, a los efectos de la revisión solo con objeto de supervisión, que incluirá: mi nombre, condición de portador de VIH, diagnósticos relacionados, tratamiento por toxicomanía, atención/tratamiento médico, circunstancias económicas, acuerdos de vivienda y otra información que se solicite Solo se accederá a la mínima cantidad de información necesaria para realizar la supervisión. Entiendo que la revisión es sólo visual y no se copiará, grabará ni eliminará ningún expediente.

Firma del solicitante/tutor

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Divulgación de información del médico

Por este medio autorizo a mi médico o al representante del médico, a divulgar la información solicitada por el Programa NH CARE, en relación con el contenido de mi historia clínica. Entiendo que esta información se mantendrá estrictamente confidencial, no será revelada a personas ajenas al Departamento de Salud y Servicios Humanos de NH, y se utilizará exclusivamente para mi beneficio. Esta autorización es válida por un (1) año a partir de la firma a menos que yo la revoque por escrito.

Firma del solicitante/tutor

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Firma del testigo

Fecha

Información del médico

Nombre del médico

Nombre del hospital/clínica

Ciudad/Pueblo

Número de teléfono

Número de fax (opcional)

LISTA DE CONTROL DEL SOLICITANTE

(por favor guárdela como constancia)

- Las solicitudes sirven durante seis meses. Al cabo de seis meses tendrá que presentar una nueva solicitud. Si su inscripción vence, no será elegible para recibir servicios.
- Los solicitantes deben presentar la solicitud a Medicaid una vez al año. Su solicitud se puede negar si no se cumple este requisito.
- La “información médica del paciente” (pág. 6), debe ser completada por un médico. Se puede enviar por fax al Programa NH CARE al 603-271-4934.
- Adjunte una copia de su seguro o tarjeta de Medicare.
- Adjunte una copia de sus últimos dos recibos de sueldo O cheque del seguro social O cheque de desempleo O declaración de impuestos federales sobre la renta.
- Si no tiene ingresos, su administrador de casos tendrá que escribir una carta indicando que usted no percibe ingresos.
- Envíe por correo mi solicitud para el Programa CARE a: **DHHS- NH CARE Program, 29 Hazen Drive, Concord NH 03301.**

Programa NH CARE
8:30 – 16:30
De lunes a viernes

Oficina principal: (603) 271-4502 (800) 852-3345 x4502
Gerente de CARE: (603) 271-3958 (800) 852-3345 x3958